FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 100

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉPLACEMENTS DU CŒUR

Consécutifs aux épanchements pleurétiques avec fixation définitive de l'organe

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30 JUILLET 1895

PAR

Charles-Henry LESTAGE

MÉDECIN INSPECTEUR DES ENFANTS DU PREMIER AGE ET DES ENFANTS ASSISTÉS,
MÉDECIN INSPECTEUR DES ECOLES
MÉDAILLE DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR (1884)
EX-MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE
Né à Saint-Martin-d'Oney (Landes), le 31 mai 1844.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	PICOT,	professeur,	*président.*
	BADAL,	professeur,	*juges.*
	DUBREUILH,	agrégé,	
	DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1895

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543507_0055

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 100

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉPLACEMENTS DU CŒUR

Consécutifs aux épanchements pleurétiques avec fixation définitive de l'organe

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30 JUILLET 1895

PAR

Charles-Henry LESTAGE

Médecin inspecteur des Enfants du premier age et des Enfants assistés,
Médecin inspecteur des Ecoles
Médaille du ministère de l'intérieur (1884)
Ex-Médecin auxiliaire de la Marine
Né à Saint-Martin-d'Oney (Landes), le 31 mai 1844.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	PICOT,	professeur,	*président.*
	BADAL,	professeur,	*juges.*
	DUBREUILH,	agrégé,	
	DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU. N. | Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. syphil. et cutan.	DUBREUILH.	Pathologie externe	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin.	POUSSON.	Accouchements	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie	DENIGÈS.
		Zoologie	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

DÉPLACEMENTS DU CŒUR

Consécutifs aux épanchements pleurétiques avec fixation définitive de l'organe

---

INTRODUCTION

En suivant cette année le service de M. le professeur Picot, nous avons eu l'occasion de rencontrer un cas de pleurésie purulente qui s'était accompagné d'un déplacement considérable du cœur. La longue durée de l'affection avait laissé se développer librement des adhérences de toutes sortes et le cœur amené dans cette position anormale s'y trouvait encore maintenu après ponction.

Le cas nous a paru suffisamment curieux pour que nous essayions d'en faire le fond de notre thèse inaugurale.

Sans avoir la prétention de faire là un travail complet sur cette question, il nous a paru intéressant de rechercher ce qui avait été signalé pour les grands déplacements du cœur dans les épanchements pleuraux, de voir quelles pouvaient en être

les conséquences et ce que l'on devait faire, soit pour les prévenir, soit pour atténuer les symptômes auxquels ils donnent lieu, quand l'affection est tout à fait créée.

Nous diviserons notre travail en cinq chapitres.

Dans le premier, nous ferons un court historique de la question et nous mentionnerons rapidement les peu nombreux auteurs qui se sont occupés de ce sujet.

Le second chapitre comprendra l'étude du mécanisme des déplacements du cœur et de sa fixation avec les grosses lésions qui en résultent.

Dans le troisième chapitre, nous verrons les symptômes qui peuvent alors se surajouter à la maladie primitive, la marche et le pronostic de cette affection.

Un quatrième chapitre aura trait à la nécessité de reconnaître rapidement la maladie, ce qui nous amènera à indiquer quelques diagnostics différentiels.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous mentionnerons les traitements employés.

Nous terminerons ensuite par l'exposé des observations que nous aurons pu rassembler sur la question, ou qui nous ont été fournies par M. Picot, et nous verrons alors les conclusions qui se dégagent de ce travail, malheureusement trop court sur bien des points; mais nos juges voudront bien tenir compte des difficultés qui nous ont forcé à le laisser incomplet et, en raison des circonstances, voudront bien nous accorder leur indulgence.

Mais avant d'entrer dans le corps de notre sujet, et au moment de subir cette épreuve finale, nous tenons à remercier les maîtres de la Faculté de médecine de Bordeaux et des hôpitaux de la ville, particulièrement M. le professeur Picot, à qui je dédie ce petit travail, de la bienveillance avec laquelle ils nous ont toujours accueilli.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE LA QUESTION

L'étude des grands déplacements du cœur, produits par les épanchements pleuraux, n'a guère attiré l'attention des auteurs, que dans des temps relativement modernes.

Les écrits hippocratiques, qui mentionnent très vaguement la pleurésie simple, consacrent de plus longs articles à la pleurésie purulente, mais ne signalent rien, relativement aux conséquences que ces épanchements peuvent avoir sur le fonctionnement du cœur (1).

Les médecins grecs, latins et du moyen-âge sont encore également muets là-dessus, et ce n'est guère qu'à notre époque que l'attention commence à être portée sur ce sujet.

Si par ses recherches mémorables sur l'auscultation Laënnec (2) et toute son École contribuaient à bien mettre en évidence la symptomatologie des pleurésies, si certains même attiraient l'attention sur le déplacement du cœur, ce n'était que sur son déplacement passager. Il faut en arriver à Chomel et à Trousseau (3), pour voir, croyons-nous, signaler pour la première fois d'une manière précise les épanchements du cœur, et cela encore d'une façon bien secondaire, pour ainsi dire, car ils ne parlent que de la torsion des gros vaisseaux du

---

(1) Charcot et Bouchard, Traité de Médecine, t. IV, p. 1023.

(2) Charcot et Bouchard, Traité de Médecine, t.IV, p. 998.

(3) Trousseau, Clinique Médicale, t. I, p. 641.

cœur se produisant alors, et susceptibles d'amener une mort subite.

Bastels (1), en 1868, parle lui aussi de la coudure de la veine cave qui peut se faire quand il existe de grands épanchements à gauche.

Un peu plus tard, les travaux de Peyrot (2) attirent l'attention sur les tensions intra-pleurales et les modifications qui y sont apportées par les épanchements. Dans sa thèse, il publie un cas de pleurésie purulente accompagnée de grand déplacement du cœur et suivie de mort (Obs. I).

Widal (3), dans un article du Dictionnaire de Dechambre, signale les expériences de Rosapelly, de Peyrot et de Quincke, relatives à l'étude des tensions intra-pleurales et aux modifications que les épanchements peuvent faire subir à cette tension, « modifications qui, dit-il, présentent plus de danger que l'abondance de l'épanchement. Le déplacement du cœur peut avoir lieu sous son influence, puis surviendront des adhérences qui le fixeront d'une manière anormale et pourront avoir les plus graves conséquences pour son fonctionnement ».

Fernet (4), à la même époque, étudie aussi les modifications et les dangers que peuvent présenter les déplacements intra-thoraciques, mais il fait, au sujet des variations du cœur, quelques restrictions. « Les déplacements du cœur, dit-il, sont en réalité moins étendus qu'ils ne le paraissent. En effet, dans l'appréciation des déplacements, on prend pour point de repère la cavité thoracique; or, celle-ci ne reste point immobile dans sa position, par conséquent, il y a lieu de distinguer

---

(1) Charcot et Bouchard, Traité de Médecine, t. IV, p. 998.

(2) Peyrot, *Archives de Médecine*, 1876. Thèse de Paris, 1876.

(3) Widal, Dictionnaire de Déchambre, art. *Pleurésie*.

(4) Fernet, Dictionnaire de Jaccoud, art. *Pleurésie*.

un déplacement réel et un déplacement relatif. Ainsi, dans les cas d'épanchements considérables, le cœur est refoulé à droite, sous le sternum, et même au-delà, en dehors de cet os ; il y a un déplacement réel du cœur, mais en même temps le sternum est entraîné vers la gauche et glisse au devant du cœur qui, dès lors, paraît plus déplacé vers la droite qu'il ne l'est en réalité ; il y a donc un déplacement relatif ».

Sorel (1), en 1883, publie une observation intéressante de l'influence des adhérences pleuro-péricardiques et de la gêne ainsi entraînée sur le cœur et le poumon (Obs. II).

Après cela nous voyons les observateurs mentionner dans quelques cas les déplacements qui se sont faits à la suite de pleurésies anciennes et les altérations qui ont suivi. C'est ainsi qu'il faut citer Raynaud, Sée et Comby (2), qui parlent des altérations du myocarde pouvant se produire consécutivement aux vieilles pleurésies. Comby (3), en particulier, insiste sur ces déplacements chez les enfants et dit que « le cœur refoulé à droite dans les pleurésies purulentes est souvent maintenu par des adhérences qui peuvent l'empêcher de reprendre sa place primitive après évacuation du liquide ».

Wagner et Debove (4) signalent aussi la nécessité d'intervenir le plus tôt possible dans les cas d'épanchements à cause des phénomènes de purulence, de mort subite, mais aussi parce qu'à la longue, l'épanchement de la plèvre peut amener des altérations durables dans la cage thoracique et des lésions viscérales.

Nous mentionnons ensuite Tillmann (5) de Leipzig qui publie

---

(1) Sorel, *Union médicale*, 14 juillet 1883.

(2) Charot et Bouchard, Traité de Médeine, t. IV, p. 998.

(3) Comby, Maladies de l'enfance, p. 595.

(4) Charcot et Bouchard, Traité de Médecine, p. 1036.

(5) Leymarie, Thèse de Lyon, 1893-1894.

un cas intéressant de ces déplacements permanents du cœur, mais il n'insiste point sur ce fait parce que son malade n'eut aucun accident de ce côté là (Obs. III).

Nous trouvons encore le nom de Weill (1) qui signale la désintégration segmentaire qui peut se produire dans le muscle cardiaque au cours d'épanchements anciens. Enfin les adhérences pleurales et péricardiques qui viennent ensuite se surajouter si facilement sont bien connues et viennent de près se rattacher à notre sujet (Netter, Obs. IV.)

Telle est l'histoire des déplacements du cœur, histoire qui vient se grossir de nouveaux faits : l'un communiqué par M. le professeur Cassaët (2) intéressant par l'exagération du déplacement produit après la ponction (Obs. V) et l'autre dû à l'obligeance de M. le professeur Picot et qui a servi de base à notre travail (Obs. VI).

---

(1) Laveran et Teissier, Pathologie Médicale, t. II, p. 428.

(2) Cassaët, *Archives cliniques de Bordeaux*, mars 1895.

CHAPITRE II

MÉCANISME DES FIXATIONS ET LÉSIONS CONSÉCUTIVES

Deux choses sont nécessaires pour amener la fixation du cœur dans sa position anormale. Il faut d'abord qu'il se produise un épanchement de liquide assez grand pour amener des modifications dans la tension intra-thoracique et des déplacements considérables par refoulement des organes.

C'est donc la pleurésie gauche à grand épanchement qui sera la plus importante à considérer, bien que cependant on ait signalé quelques cas de pleurésie droite amenant un déplacement du cœur vers la gauche.

La grande quantité de liquide existant, il faudra dès lors qu'elle reste un certain temps, soit pour avoir échappé à l'examen du médecin, soit parce que le malade n'a ressenti aucun trouble particulier. Dès lors intervient la seconde catégorie de faits et ce sont eux qui jouent le principal rôle. Sous l'influence de l'irritation première qui s'est produite dans la plèvre, le processus inflammatoire ne s'est pas borné à la congestion simple de l'organe, à l'exsudation et même à la formation de néo-membranes entre les feuillets pleuraux; il a encore retenti sur les régions avoisinantes. Sans rester cantonné à la plèvre elle-même, cette inflammation se propage vers les autres organes, en commençant d'abord par le tissu sous-séreux, en gagnant le médiastin, le tissu cellulaire de la paroi thoracique, le feuillet externe du péricarde pour former

ce que Griessenger et Kussmaul (1) ont décrit sous le nom de médiatino-péricardite, enfin le péricarde et le cœur lui-même.

Nombre de néo-membranes se trouvent formées, créant ainsi des adhérences plus ou moins importantes, soit par leur volume, soit par leur situation; les néo-membranes s'organisent de plus en plus et finissent parfois par atteindre une épaisseur et une consistance assez considérables. Mais beaucoup d'entre elles, il ne faut pas l'oublier, ont une origine cicatricielle, ce sont les adhérences souples produites par l'inflammation de deux organes voisins. Elles possèderont donc les propriétés du tissu cicatriciel et entre autres la rétractilité. On aura donc eu d'abord la fixation de l'organe dans une région anormale, et de plus la rétractilité ne fera qu'augmenter l'ectopie et même la torsion déjà produite.

Ceci va nous amener à considérer des cas où l'on pourra simultanément rencontrer ces deux ordres de faits.

La pleurésie sèche n'entraîne point de déplacement ; avec elle, nous ne rencontrerons simplement que des adhérences pleurales et quelquefois de la symphyse cardiaque.

Les pleurésies qui doivent attirer notre attention sont donc d'abord les pleurésies séreuses et séro-fibrineuses, qu'elles soient ou non de nature tuberculeuse. Elles amènent parfois des déviations assez considérables du cœur et des fixations anormales, comme peut le faire voir l'observation II. De plus, il arrive que ces épanchements sont tolérés pendant très longtemps par le malade, sans qu'il soit dans l'obligation de s'arrêter, toutes circonstances favorables à la situation de l'organe dans sa position anormale.

Les pleurésies hémorragiques, elles aussi, ont souvent tendance à produire de l'inflammation de voisinage, et elles pour-

---

(1) Kussmaul, *Berlin. klin. Woschenschrift*, 1875, p. 37.

ront, par conséquent, être incriminées au même titre, surtout quand elles sont de nature tuberculeuse.

Mais ce sont surtout les pleurésies purulentes qui donnent les plus longs degrés de tolérance, tout en ayant cependant une marche inflammatoire très fâcheuse pour les organes voisins, par la quantité de membranes de nouvelle formation qu'elles font développer sans entrer dans la division des pleurésies purulentes, car toutes n'ont pas le même degré de latence; il faut cependant reconnaître qu'il en est quelques-unes qui sont remarquables par leur longue durée. Ce sont, comme l'a fait observer Woillez (1), les pleurésies pneumococciques primitives.

Ceci établi et les déplacements produits, il nous faut maintenant voir le détail de ce qui s'est produit.

Le déplacement et la fixation peuvent exister de bien des manières.

Tantôt le cœur sera refoulé latéralement. D'autres fois, la pointe sera seule déviée. Quelquefois, le déplacement pourra porter sur le pédicule et sur les gros vaisseaux, de telle sorte qu'il y a, à la fois, un déplacement et une torsion du cœur, et que, suivant le côté atteint, le ventricule droit peut regarder à droite, à gauche ou en arrière.

D'autres fois enfin l'organe pourra être rejeté en avant ou en arrière, comme l'a signalé Heyfelder (2), mais c'est exceptionnel.

Il est impossible que de pareils désordres anatomiques ne retentissent pas dans une certaine mesure sur le cœur lui-même et sur ses enveloppes, d'autant plus que, comme nous l'avons vu, le processus inflammatoire qui a produit la fausse

---

(1) Woillez, Traité clinique des affections aiguës des voies respiratoires, 1872.

(2) Dictionnaire de Dechambre, art. *Pleurésie.*

membrane ou l'adhérence du feuillet externe du péricarde et du médiastin (médiastino-péricardite) aura ainsi modifié le feuillet interne du péricarde, et aura peut-être aussi atteint le cœur.

Dès lors, nous pouvons rencontrer les traces de péricardites anciennes qui viendront donner un tour spécial à la marche de l'affection ; nous pourrons aussi rencontrer la symphyse cardiaque avec toutes ses conséquences. La fibre musculaire, elle aussi, a peut-être subi le retentissement de l'affection primordiale et sera devenue moins résistante, moins apte à lutter contre les tiraillements exercés sur elle par les altérations périphériques. De là une lutte du cœur contre les organes voisins, et alors peuvent s'expliquer les hypertrophies et les dilatations qui se rencontrent avec ou sans symphyse cardiaque, l'atrophie même qui peut survenir quelquefois.

Mais d'autres fois, les altérations seront encore plus manifestes sur la structure du muscle lui-même. C'est la dégénérescence granulo-graisseuse (Raynaud), les altérations diverses du myocarde mises en évidence par Sée et Comby, la désintégration segmentaire signalée par Weill, tous faits que nous avons mentionnés en faisant l'historique de la question, qui feront ressortir la gravité du processus inflammatoire.

Dans certains cas même, le travail de destruction ne se sera pas arrêté là et comme le signale Widal (1), « les adhérences pleurales sont susceptibles d'amener de l'endocardite ».

Telles sont, rapidement exposées, les lésions qui peuvent exister dans les grands déplacements du cœur. Ceci va nous amener facilement à voir les symptômes qui peuvent se présenter, soit à l'attention du malade, soit à l'examen du médecin.

---

(1) Widal, Dictionnaire de Dechambre, art. *Pleurésie.*

CHAPITRE III

SYMPTOMES, MARCHE ET PRONOSTIC

Les troubles amenés par ces déplacements du cœur ne se manifestent pas tous d'une façon également appréciable.

La constatation de battements et de soulèvements en des points où normalement on ne trouve rien, comme dans l'observation de M. le professeur Picot, l'absence des bruits du cœur à leur siège ordinaire et leur présence dans une nouvelle région pourraient être quelquefois les seuls phénomènes appréciables pour le malade et le médecin.

Mais, dans d'autres cas, cela n'est point ainsi, et les troubles produits viennent se surajouter dans une proportion quelquefois difficile à dire à ceux de l'affection primordiale. Cependant, dans beaucoup de cas, il est un certain nombre de phénomènes qu'il est possible de rencontrer.

Le malade pourra, dans certains cas, se plaindre de palpitations de cœur survenant à divers moments, soit au repos, soit provoquées par l'exercice. D'autres fois, ces palpitations peuvent s'accompagner d'anxiété précordiale. Au contraire, dans d'autres circonstances on ne rencontrera que la dyspnée (Obs. V.), dyspnée qui pourra aller en augmentant au moment des efforts, comme cela avait lieu chez notre malade, avant son entrée à l'hôpital (Obs. VI).

Les crises d'angine de poitrine, signalées quelquefois dans la symphyse cardiaque, peuventégalement s'y rencontrer.

D'autres fois, c'est la tendance à la syncope qui peut être le fait prédominant, et cela pourra même aboutir, dans certains cas, à la mort subite.

Si maintenant on vient à examiner de plus près le malade, on pourra, dans certains cas, remarquer que le pouls présente une faiblesse particulière, qu'il offre de l'irrégularité, qui, dans quelques cas même, peut décéler l'arythmie existant du côté de l'organe central (Obs. VI).

Mais, au sujet du pouls, il y a un petit point qu'il faut mettre en évidence, c'est ce que Kussmaul a désigné sous le nom de pouls paradoxal, et dont il a voulu faire la caractéristique de la médiastino-péricardite. Il désignait par là un phénomène qui consiste essentiellement dans une diminution d'amplitude, modification inverse de celle qui se produit à l'état normal. Mais ce n'est point là un fait propre aux adhérences pleuro-péricardiques, comme l'a dit Potain, « ce fait ne relève simplement que d'un état d'affaissement du muscle cardiaque » (1).

L'examen du cœur peut à son tour montrer quelques points intéressants. Indépendamment de sa situation anormale qui se manifeste par des battements et des soulèvements dans une région du thorax où l'on ne trouve habituellement rien et qui peut être le seul phénomène appréciable, on peut rencontrer une voussure de la région, on peut mettre en évidence une hypertrophie du cœur ou même une dilatation de cet organe. Dans certains cas, il sera possible de rencontrer toute une série de phénomènes propres aux affections qui ont pu se développer. C'est ainsi, par exemple, que la symphyse cardiaque pourra se montrer par le retrait des espaces intercostaux pendant la systole et leur soulèvement pendant la diastole,

(1) Charcot et Bouchard, Traite de Médecine, t. V, p. 33.

faits que les adhérences pleurales tendent davantage à mettre en évidence.

L'existence de frottements péricardiques comme nous l'avons constaté également dans l'obs. VI, peut aussi attirer l'attention.

Indépendamment de cela, il peut exister du côté du système veineux des compressions entraînant des œdèmes; mais l'extension des altérations anatomiques du côté du myocarde peut aussi se révéler par le peu d'intensité des bruits du cœur (obs. II), par l'arythmie qu'ils présentent et déceler ainsi les dégénérescences granulo-graisseuses et la myocardite qui se sont produites.

Enfin, d'autres fois, l'auscultation attentive des orifices du cœur pourra révéler l'existence de lésions valvulaires.

L'examen des autres organes ne doit pas non plus être négligé; car, dans certains cas, il pourra révéler les phénomènes de congestion qui se passent du côté des reins, du foie ou des poumons, phénomènes qui peuvent être dus au surmenage du cœur.

Quoi qu'il en soit, voilà en gros les manifestations qui peuvent alors se produire et qui seront variables suivant chacun des cas. Dans ces conditions cependant, il ne faut pas perdre de vue que si dans certains cas la fixation anormale du cœur peut être insidieuse, on doit considérer que dans l'immense majorité des cas l'affection pourra arriver :

Soit à la mort subite par syncope ou par angine de poitrine; soit à la mort par asystolie, soit enfin conduire à la tuberculose comme dans l'observation II, et cela doublement, par le mauvais fonctionnement du cœur et par l'état défectueux de l'appareil respiratoire.

Comme on le voit donc par l'étude des symptômes auxquels donne lieu ce déplacement du cœur avec fixation, le pronostic

de ces cas doit être réservé à cause des accidents brusques qui peuvent se produire et qui sont toujours suspendus, comme une épée de Damoclès, sur la tête du malade, ou à cause des désordres progressifs qui se produisent du côté de l'organe central et de la circulation.

Ces faits ont été bien mis en évidence par nombre d'auteurs ; déjà, anciennement, Landouzy s'exprimait ainsi : « Que d'épanchements chroniques de la plèvre sont devenus mortels, parce qu'ils sont restés trop longtemps méconnus » (1). Plus récemment encore, Wagner, Debove, Netter (2), ont insisté sur ces points et motivé la nécessité d'intervenir rapidement. Dans ses leçons, M. le professeur Picot a bien souvent insisté sur la nécessité d'intervenir rapidement dans les épanchements pleurétiques et cité des exemples déplorables d'une attente trop longue. Enfin, sur ses conseils, M. Verdelet, interne du service, présentait à la Société d'anatomie le malade qui a servi de base à notre travail, et s'exprimait ainsi : « Quelques faits sont intéressants à noter dans cette observation. D'abord le déplacement considérable du cœur, qui se trouve battre à droite, presque en dehors de la ligne mamelonnaire, puis le peu de retour vers sa place normale, qu'a eu le cœur après la ponction de l'épanchement pleural, enfin des nombreuses adhérences qui ont dû se former, toutes circonstances qui rendent très sérieux le pronostic de ce cas (3).

---

(1) Landouzy, *Arch. de médecine*, 1856, t. VIII, p. 516.

(2) Charcot et Bouchard, Traité de médecine, t. IV, p. 1035.

(3) Verdelet, Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 20 mai 1895.

CHAPITRE IV

DU DIAGNOSTIC

D'après ce que nous venons de voir, il importe donc de porter le diagnostic de pleurésie et cela le plus tôt possible. Nous n'insisterons pas ici sur les nombreux symptômes qui permettent de reconnaître la pleurésie, soit séreuse, soit purulente ; il n'y a pour cela qu'à recourir aux traités classiques. Mais il est cependant quelques affections avec lesquelles le diagnostic peut présenter les plus grandes difficultés et qui méritent d'attirer l'attention ; aussi allons-nous les passer rapidement en revue.

La pleurodynie n'a de commun avec la pleurésie que le point de côté. La sonorité est conservée, bien qu'à l'auscultation par suite du fait que le malade immobilise son thorax, il puisse y avoir diminution du murmure vésiculaire (1).

La congestion pulmonaire présente aussi des signes fonctionnels analogues parfois à ceux de la pleurésie ; mais la matité est moins accentuée ; l'égophonie, la bronchophonie y sont plus rares, le souffle bronchique peut faire défaut ; de plus, ces signes changent rapidement et tombent avec la température.

Dans la pneumonie lobulaire il y a en général un début plus brusque (frisson, température). La matité n'a plus la même

---

(1) Laveran et Teissié, Pathologie médicale, t. II, p. 429.

forme que dans la pleurésie. Les vibrations thoraciques sont exagérées, on trouve des râles crépitants, un souffle tubaire. Cependant dans quelques cas la difficulté peut provenir de ce que les vibrations persistent dans certaines pleurésies, de ce que les râles crépitants manquent dans certaines pneumonies, de ce que le début même de l'affection est insidieux comme dans la pleurésie (2). Ces difficultés seront même augmentées, s'il s'agit d'une pleuro-pneumonie.

La pneumonie massive doit aussi attirer l'attention. Là, il existe un exsudat fibrineux qui envahit les alvéoles et même les bronches de gros calibre, de façon à les combler absolument. La matité compacte existe d'une façon aussi absolue que dans la pleurésie. Il y a encore absence des vibrations thoraciques, silence respiratoire et suppression du murmure vésiculaire, le tout causé par l'obstruction complète des bronches où l'air ne peut plus circuler. Quelques phénomènes cependant sont distinctifs, mais pas toujours très nets; c'est l'intensité de la fièvre, l'effacement de l'espace de Traube et l'expectoration des moules bronchiques.

Un diagnostic des plus difficiles à faire est celui de la splénopneumonie de Grancher, entrevue autrefois par Grisolle : « Entre la congestion pulmonaire et la pneumonie, il existe, dit-il, un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë, qui simule une pleurésie avec épanchement moyen, et qui mérite une description à part ». On y trouve de la douleur, une augmentation du périmètre thoracique, une abolition des vibrations thoraciques, du souffle expiratoire, de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone. Quelquefois, on peut se baser sur la conservation de l'espace de Traube pour faire le dia-

(1) Charcot et Bouchard, Traité de médecine, t. IV, p. 1008.

(2) Grancher, Société Médicale des Hôpitaux, 1882.

gnostic, mais il peut être conservé dans la pleurésie avec épanchement de faible intensité. La pointe du cœur peut ne plus se sentir, et l'auscultation fait entendre le maximum des bruits du cœur vers la quatrième ou la cinquième articulation chondro-costale gauche. Le signe du cordeau de Pitres manque aussi ordinairement, bien qu'il puisse exister dans quelques cas. On voit donc que c'est un diagnostic absolument délicat, et qu'il n'y a guère que par la ponction que l'on pourra se rendre un compte exact de l'affection.

Il nous faut maintenant mentionner brièvement le cancer du poumon, qui, dans certains cas, peut faire croire à l'existence de la pleurésie.

Les épanchements de l'hydrothorax coïncident avec d'autres affections organiques qui permettent de le reconnaître.

Les kystes hydatiques du poumon ne peuvent guère être reconnus que par l'examen du liquide.

L'infiltration tuberculeuse du poumon peut aussi amener de l'hésitation. Les tumeurs et kystes du foie (1), l'hypertrophie, les abcès de la rate, sont aussi des affections à mentionner, et, dans certains cas, peuvent entraîner des erreurs de diagnostic. Certains abcès périnéphrétiques (2) peuvent aussi simuler une pleurésie.

Le cancer de l'estomac (3) revêt aussi quelquefois une forme pleurale.

Toutes ces affections ont un certain nombre de phénomènes qui leur sont propres et n'appartiennent qu'à elles ; mais, cependant, ce n'est souvent que par un examen approfondi des organes voisins, par le retentissement de l'affection, et aussi par

---

(1) Charcot et Bouchard, Traité de Médecine, t. IV, p. 1010,

(2) Lafarelle, *Arch. Cliniques de Bordeaux*, février 1894.

(3) Devic et Chatin, *Province Médicale*, juillet 1894.

la recherche et l'examen du liquide que la question peut être tranchée ; aussi, croyons-nous qu'il est bon d'attirer l'attention sur la nécessité de faire toujours, dans les cas où une affections présente des rapports avec la pleurésie, une ponction exploratrice. Faite simplement avec la seringue de Pravaz dans les conditions d'asepsie et d'antisepsie ordinaires, cette méthode ne peut que donner d'excellents résultats.

Pratiquée régulièrement dans le service de M. le professeur Picot, elle n'a jamais occasionné aucun accident et l'on a souvent pu éclairer ainsi des points délicats de diagnostic ; aussi nous rangeons-nous parfaitement à l'opinion de M. le Dr Mandillon, qui, dans une étude sur les abcès du dôme du foie, s'exprimait ainsi :

« Qu'il s'agisse d'une pleurésie enkystée, d'une atelectasie du lobe inférieur du poumon, de la spléno-pneumonie de Grancher, d'un kyste hydatique de cet organe, d'une cirrhose hypertrophique ou d'un cancer du foie (chose rare), d'un abcès ou kyste du foie, le diagnostic s'impose et un diagnostic prématuré. Or il n'existe qu'un seul moyen de diagnostic : c'est la ponction exploratrice, unique ou répétée. Son danger est nul, même avec les aiguilles n° 2 et 3, si l'on use des précautions antiseptiques ordinaires et si l'on a soin d'immobiliser le thorax par un bandage approprié et de condamner le malade au repos pendant trois ou quatre jours (1).

---

(1) Mandillon, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1894, p. 384.

CHAPITRE V

DU TRAITEMENT

L'existence d'une pleurésie reconnue, il faut immédiatement la traiter par tous les moyens qui sont en notre pouvoir. De là de nombreuses indications se rencontrent suivant le temps et la durée de l'épanchement.

Les divers révulsifs pourront, au début, jouer un rôle important ; mais plus tard, lorsque l'épanchement est constitué, qu'il est très important, « que le malade ait ou non de la dyspnée, l'expérience nous démontrant que la vie du sujet est en danger, il n'y a pas d'hésitation possible, la thoracentèse s'impose » (Dieulafoy).

Elle s'impose aussi lorsque l'épanchement dure au moins depuis trois semaines, car il est nécessaire de ne pas attendre plus longtemps, si l'on ne veut pas voir persister l'atrophie du poumon, se faire des adhérences épaisses, une rétraction du thorax marquée et des fixations anormales.

La ponction suivie d'injections modificatrices a pu aussi être employée, mais n'a pas toujours donné des résultats aussi satisfaisants qu'on l'attendait.

Il y a aussi la ponction suivie d'injections d'air ou d'oxygène stérilisé, procédé mis en honneur par Potain et que nous avons vu employer quelquefois par M. le professeur Picot. Cette méthode semble devoir s'appliquer, au cas où l'épanchement existant depuis longtemps, sans augmenter ni diminuer, il est

nécessaire d'évacuer la plèvre, mais en ne permettant pas d'un seul coup, un déplissement trop considérable du poumon. Dans d'autres cas, au contraire, les phénomènes de purulence prenant le dessus, il importe de recourir à la pleurotomie, afin d'avoir une large voie d'accès dans la cage thoracique, d'y faire même de nombreux lavages antiseptiques. Dans certains cas, il faut même aller plus loin et recourir aux diverses opérations portant sur le squelette même du thorax (Opération Erslander, etc.)

Mais il est quelques points intéressants dans cette question. Lorsqu'on se trouve en présence d'un épanchement ancien qui a amené des adhérences, une fixation anormale du cœur comme dans les observations V et VI, quelle doit être la conduite à tenir? A ce moment-là, en effet, il est évident que tout ce qui s'applique à une pleurésie récente ne peut pas trouver une application absolument rationnelle. D'un autre côté, il faut aussi remédier autant que possible à la situation anormale du cœur, mais quel sera le moyen?

Comme le faisait remarquer M. Ferron (1) à la Société d'anatomie à propos du malade de M. Cassaët : « L'opération de l'empyème n'est suivie de bons résultats que lorsqu'on intervient au début de l'affection » et M. Cassaët ajoutait que « puisqu'il s'agissait d'un tuberculeux avec poumon entouré d'une coque fibreuse, le pneumo-thorax qui avait existé chez lui était toujours une menace et que, dans ces conditions, le mieux serait de faire de petites ponctions de 300 à 400 grammes au plus, répétées assez fréquemment ». Revenant quelque temps après sur cette question, il s'exprimait encore ainsi (2) : « Déviation de la pointe du cœur et ponction sont deux choses

(1) Ferron. Société d'anat. et de physiol. Bordeaux, octobre 1894.

(2) Cassaët. *Arch. clin. de Bordeaux*, mars 1895.

connexes; toutes les fois que la première est constatée, on tâche d'y remédier par la seconde tant et si bien que l'esprit n'est satisfait et que les choses ne paraissent en bon état que, lorsque, de son siège emprunté, peu à peu le cœur fait retour vers sa place habituelle. En cela, le retour est presque toujours proportionnel à la quantité de liquide soustrait, sauf le cas d'adhérences où l'organe reste relativement dévié ».

Cependant il conseille de procéder avec la plus grande prudence et les plus grands soins, non seulement à cause des accidents qui peuvent se produire dans le cours de toute thoracenthèse, mais dans le cas où la régression du cœur ne se ferait pas normalement, comme dans son observation. « Il semble en tous cas presque impossible d'admettre que la mobilisation du cœur puisse se faire dans un sens autre que celui de son siège normal et c'est ainsi la plupart du temps; mais dans l'observation en question, il n'en a pas été ainsi. Le diaphragme est remonté dans la cavité thoracique plus qu'il n'eût été nécessaire. La capacité de la moitié gauche du thorax a été diminuée pendant tout le même temps de tout le retrait des espaces intercostaux de ce côté et par l'abaissement des côtes. Il en est donc résulté une diminution trop grande de la cavité pleurale pour le liquide qu'elle contenait et celui-ci ne pouvant plus fuir ni en haut, ni en dehors, ni en bas, a fait effort contre le médiastin et a chassé le cœur vers l'aisselle droite, car il ne pouvait descendre vers le foie à cause des adhérences. Ce qui prouve que les choses se sont passées ainsi, c'est que lorsque la limite maxima d'élévation du draphragme, de retrait des espaces et d'abaissement des côtes a été atteint et que toutes ces parties ne pouvaient plus remplacer dans la poitrine les 700 grammes que la seconde ponction enlevait, le poumon faisait effort pour remplir le vide et se rupturait, d'où pneumothorax. Du même coup le cœur

revenait vers la gauche. Il importe donc de rechercher les traces d'une inflammation adhésive antérieure qui limiterait le cheminement des organes afin de ne pas exposer inutilement le malade ».

Ainsi donc, pour toutes ces raisons, les ponctions moyennes, répétées, suivies même d'injections d'eau ou d'oxygène stérilisé seront indiquées.

La première indication est donc remplie, on a débarrassé le malade du liquide contenu dans la plèvre, on a essayé de rendre aux divers organes leur fonctionnement normal, en supprimant les compressions et en leur rendant, si cela a été possible, leur place normale; mais ce n'est pas encore tout. Si malgré cela la fixation du cœur persiste, nous avons vu quelles pouvaient en être les conséquences, aussi est-ce sur elles que nous devons maintenant attirer l'attention.

Sans parler du traitement général qui doit s'appliquer à ces malades, du traitement hygiénique des plus sévères dont ils ne doivent pas se départir au même titre que les cardiaques, il faut en arriver au traitement de la symphyse cardiaque, de la myocardite, et de toutes les affections cardiaques qui peuvent venir s'installer au cours de cette affection.

Voilà maintenant notre sujet terminé, ils ne nous reste plus qu'à mentionner les observations qui peuvent s'y rattacher et nous pourrons ensuite tirer les conclusions qui se dégagent de ce travail.

OBSERVATION I (résumée).

Thèse de Peyrot, nº 8, p. 137.

Pleurésie séreuse devenue purulente. — Empyème. — Mort.

Q..., maçon, 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 octobre 1875.

Antécédents bons. Pas de maladies antérieures.

Il y a deux mois environ, élancements douloureux dans le côté gauche, il continue à travailler et entre à l'hôpital à cause de l'oppression progressive qui le tourmente.

A l'examen, on trouve une matité absolue à gauche, en avant et en arrière. Voussure marquée.

Thoracentèse le 9 au matin (2 litres et demi de liquide séreux).

30 octobre : Deuxième ponction (3 litres et demi de liquide hémorrhagique).

31 octobre : Fort frisson. T. 38°.

La dyspnée s'accroissant et l'état asphyxique devenant très prononcé, M. Richet pratique le 13 novembre l'opération de l'empyème.

Il sort un liquide hémato-purulent et des fausses membranes.

Le 14, le malade meurt pendant le pansement.

Autopsie : Le cœur est placé juste au milieu du thorax, reposant sur la colonne vertébrale. La poche formée par la cavité pleurale gauche est béante. Elle s'étend à tout le côté, depuis le sommet du poumon gauche jusqu'au diaphragme qui paraît un peu descendu. Cette poche adhérente ne peut être enlevée qu'en rasant les côtes avec un couteau. Du côté du médiastin elle recouvre le poumon, qui est de beaucoup réduit. Le fond de la poche contient de fausses membranes qui forment une cloison transversale, divisant la grande cavité en deux cavités secondaires.

La poche est enlevée tout entière avec le cœur, les poumons et le diaphragme. Elle est mise de côté pour être examinée à loisir.

Cependant on constate de suite que le poumon est à gauche, ratatiné ; sa densité est pourtant capable d'acquérir près du double de son volume.

L'examen de la pièce fait au laboratoire fit constater l'état sain du poumon. Ce qui prédominait surtout, c'était l'existence des fausses membranes.

OBSERVATION II

(Sorel, *Union médicale*, 14 juillet 1883).

Pleurésie séro-fibrineuse. — Déplacement du cœur. — Adhérences. — Mort.

C... (Hyppolite), 35 ans, sieur de long, séjourne à l'hôpital du 17 avril au 8 septembre 1881 pour une pleurésie gauche avec épanchement ayant refoulé le cœur à droite et nécessité la thoracentèse.

Le malade se rétablit assez vite. Mais le 22 septembre 1882, on l'apporte de nouveau à l'hôpital : délire, céphalalgie, convulsions, symptômes thoraciques prononcés. Bruits du cœur sourds, mort par asphyxie à 9 heures du matin.

A l'autopsie, symphyse cardiaque avec nombreuses adhérences pleurales gagnant à droite la face diaphragmatique. Les poumons, volumineux, livides, très congestionnés. Du côté du cerveau, principalement au niveau de la scissure de Silvius et de Rollando, petites granulations grises, tuberculose dans le mésentère.

Il est donc probable que les adhérences de la plèvre et du péricarde ont gagné et le poumon et le cœur et ont produit l'explosion d'une tuberculose secondaire.

OBSERVATION III

Tillmann de Leipzig, in thèse Leymarie de Lyon, 1893-1894.

Pleurésie gauche, déviation du cœur.

Il s'agit d'un malade qui entra dans le service de Tillman le 19 avril 1888. D'une maigreur squelettique, il avait l'aspect d'un tuberculeux à la dernière période. Le poumon droit était relativement sain, le poumon gauche était tuberculeux au dernier degré. Dans l'expectoration on

trouva des bacilles de Koch. Le cœur était dévié à droite à la suite d'un empyème qui existait à gauche. Plusieurs fistules traversaient la paroi thoracique antérieure gauche, atteinte elle aussi de tuberculose.

En 1885, ce malade avait eu une pleurésie purulente gauche et depuis il était resté malade. Après diverses ponctions, résections de côtes et de la paroi antérieure du thorax, grattage de la cavité pleurale, cette plèvre fut épidermisée par une transplantation de peau, d'après la méthode de Thiersch. Le 23 juillet 1888 le malade quittait guéri le service de Tillmann. La tuberculose avait guéri complètement et spontanément par un rapide plissement du poumon.

Le 10 avril 1890, Tillmann présentait le sujet au Congrès de chirurgie (de Berlin) ; celui-ci était bien portant, florissant et vaquant à ses affaires, comme auparavant. Le poumon gauche, complètement ratatiné, était en rapport avec la première côte et absolument hors de fonction. Le poumon droit au contraire était tout à fait sain.

Le cœur restait déplacé vers la droite d'une façon permanente et à la partie inférieure du médiastin on voyait ses battements.

OBSERVATION IV

Netter, in Traité de médecine, IV, p. 1035.

Pleurésie purulente. — Symphyse cardiaque. — Asystolie.

Chez un malade opéré de l'empyème trois mois après l'apparition d'une pleurésie à streptocoques, nous avons vu cette opération suivie, dans un délai régulier, de l'oblitération de la cavité pleurale et d'une guérison légitime.

Mais six semaines plus tard, le malade revenait avec des accidents asystoliques qui entraînèrent sa mort.

L'asystolie avait pour origine une symphyse cardiaque qui s'était installée pendant le cours de la pleurésie purulente.

OBSERVATION V

(Cassaet, *Archives cliniques de Bordeaux*, mars 1895).

Déplacement paradoxal du cœur après thoracentèse.

J... L..., tailleur d'habits, 36 ans, entre le 6 octobre 1894 à l'hôpital Saint-André, salle 15, lit 27, pour s'y faire soigner d'un essoufflement qui augmente depuis quelques jours.

Antécédents héréditaires : Sa mère est bien portante, son père est mort à 67 ans. Il n'a jamais eu de frères ou de sœurs et aucun de ses ascendants ou collatéraux n'a paru présenter d'affection de poitrine.

Antécédents personnels : Quant à lui, il a toujours joui d'une bonne santé avant l'année courante. Du reste, il menait une vie régulière, n'avait pas d'habitudes alcooliques et paraissait même peu impressionné par les influences atmosphériques. Sa femme est également vigoureuse, et les enfants qu'il a eus sont bien portants.

Une seule chose l'a frappé et cela tient à sa profession : c'est le voisinage fréquent de camarades qui toussent et crachent sur le parquet dans les ateliers qu'il a coutume de fréquenter et où les ouvriers sont très nombreux.

Histoire de la maladie : Le début de son affection remonte à un an. Il s'enrhume étant à Meaux, tousse fréquemment d'une petite toux sèche, quinteuse, qui n'amène aucune sorte d'expectoration, mais il conserve son appétit, n'éprouve ni frissons, ni point de côté et son état général reste bon.

Un mois et demi plus tard, fatigué, toussant encore davantage, il entre à l'hôpital. Son état général est toujours satisfaisant, mais sa voix est éteinte, il transpire la nuit du haut de la poitrine. Il n'a pas de crachements de sang.

Il reste deux mois environ à l'hôpital. Un soir, à la suite d'un violent accès de toux, il éprouve dans la poitrine une douleur très vive et une dyspnée intense. Dès ce jour il lui est impossible de rester étendu sur le côté douloureux et il se couche régulièrement sur le côté droit; peu

à peu il perçoit à la suite des mouvements les plus légers un bruit de glou-glou qui augmente peu à peu d'intensité.

Malgré les soins qu'on lui prodigue son état reste stationnaire. L... se décide à aller à Paris où il entre à l'hôpital de la Pitié.

Le chef de service lui dit qu'il a un pneumothorax; lui fait appliquer des vésicatoires et injecter dans les fosses sus-épineuses un liquide jaunâtre sentant la créosote. Le malade porte encore les traces de trois injections de chaque côté. L'essoufflement se renouvelle toujours à l'occasion de la marche et aussi le bruit de glou-glou déjà signalé.

Quatre mois après le début de la maladie, les médecins et le malade lui-même constatent que le cœur se déplace et que la pointe bat sous le sternum, sur une ligne réunissant les deux mamelons.

L... sort vers le milieu du mois d'avril légèrement amélioré; ses forces sont plus grandes, sa toux moins violente, son appétit excellent; il ne souffle ni ne crache plus, mais l'essoufflement venait au moindre effort.

Il se rend à Vannes, son pays, pour s'y faire admettre à l'hôpital. Le diagnostic est le même et on parle d'hydro-pneumothorax. On ne fait cependant pas de ponction et le traitement consiste en vésicatoires à l'extérieur et huile de foie de morue créosotée à l'intérieur. Vers la fin de mai, soit après six semaines de séjour, l'état de L... est stationnaire et il se met en route sur Bordeaux. Il se présente à l'hôpital le 6 octobre, ne se plaignant que de l'essoufflement.

Etat actuel : L... est un homme grand, robuste, brun, bien constitué et bien musclé, d'un état général excellent, mangeant parfaitement et ne se plaignant que de cet essoufflement intermittent que nous avons déjà signalé et qui ne se développe qu'à l'occasion d'un effort.

Les renseignements que nous recueillons attirent l'attention du côté de la poitrine dont l'examen révèle des particularités fort intéressantes. Dans le haut du thorax et du côté gauche, il existe une voussure assez considérable au niveau de laquelle le creux sous-claviculaire et les espaces intercostaux sont effacés. Dans cette région, il s'opère un soulèvement en masse à l'occasion de chaque respiration. Au contraire, la partie qui correspond au sinus costo-diaphragmatique est déformée et

légèrement aplatie, les derniers espaces intercostaux y sont entraînés dans l'inspiration. Il en est de même de la moitié gauche de la paroi abdominale antérieure qui s'affaisse sous le rebord costal à la même occasion.

Ce mouvement inverse du diaphragme est d'autant plus apparent qu'il fait opposition complète au soulèvement inspiratoire normal de la moitié droite du diaphragme et témoigne ainsi de la dissociation des deux moitiés du muscle dont une seule, la droite, agit encore physiologiquement. Au-dessus de la zone diaphragmatique, on voit aussi les sixième et septième espaces intercostaux s'affaisser dans l'inspiration, tandis que les creux sous-claviculaires et les espaces intercostaux supérieurs restent normaux, tant au repos que dans les divers mouvements de la respiration.

Dans la région mammaire droite, on note un soulèvement isochrone au pouls.

Les vibrations thoraciques sont à peine perceptibles dans les deux premiers espaces intercostaux gauches et complètement abolies dans le reste de cette moitié de la cage thoracique. La pression ne réveille de douleur en aucun point.

Du côté droit, elles sont un peu exagérées dans les deux et trois premiers espaces, puis on ne les retrouve plus. Elles sont remplacées dans la région mammaire par des battements isochrones au pouls et un petit frémissement systolique dont le maximum se trouve à trois centimètres au-dessus du mamelon droit. Il est probable que l'on est sur la pointe du cœur.

La matité est compacte à gauche dans toute l'étendue y compris l'espace de Traube, elle déborde même la ligne médiane du sternum dans la partie supérieure de cet os et affleure ou même dépasse son bord droit. A droite au contraire, et sauf l'échancrure que nous venons de signaler, la sonorité est normale dans toute l'étendue des deux premiers espaces intercostaux. Au-dessous commence une zone de matité absolue dont la forme rappelle celle du cœur.

Le signe du cordeau permet d'apprécier la valeur du déplacement du sternum, l'appendice xyphoïde est entraîné de deux ou trois centimètres vers la gauche.

Silence respiratoire absolu à gauche. Broncho-phonie sans égophonie.

Pectoriloquie aphone. A droite, respiration un peu soufflante dans les deux premiers espaces. Constatation des bruits du cœur.

En arrière, voussure du côté gauche, espaces intercostaux effacés et immobiles. A droite, retrait anormal des sixième et septième espaces déjà signalé dans l'examen de la partie antérieure du thorax. Vibrations abolies à gauche, augmentées à droite. Matité compacte à gauche, sonorité exagérée à droite. Murmure vésiculaire très faible dans la fosse sus-épineuse et dans le sinus costo-vertébral, silence respiratoire dans tout le reste de l'étendue où il existait encore un souffle doux, lointain, surtout expiratoire accompagné de pectoriloquie aphone et de bronchophonie amphorique, sans égophonie.

Du côté droit respiration rude et soufflante. Du côté gauche véritable bruit d'airain et non bruit du sou ordinaire, ce qui joint au timbre spécial de la bronchophonie, à la persistance d'un peu de sonorité et de respiration dans la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, nous fit penser qu'il existait là encore un peu de ce gaz qui s'était tout d'abord diffusé dans la poitrine où il avait précédé l'épanchement liquide qu'on y constatait actuellement.

La mensuration au niveau des mamelons donnait pour le côté gauche 46 centimètres, pour le droit 44 centimètres.

En somme, épanchement total de liquide à gauche et antérieurement pleurésie sèche des bases qui avait actionné les adhérences pleuro-costales signalées.

Appareil circulatoire. — La pointe du cœur bat dans le troisième espace intercostal droit sur la ligne mamelonnaire à 9 centimètres de la ligne médio-sternale et à trois centimètres au dessous du mamelon. Il se produit dans cette région un soulèvement en masse, interne, isochrone au pouls et la palpation permet de saisir un petit frémissement systolique en même temps que l'oreille perçoit un dédoublement du second bruit, plus marqué peut-être vers la poignée du sternum. Il n'existe aucune espèce de bruits anormaux intra ou extra cardiaques en quelque point que soit faite l'exploration.

La matité permet de constater que la pointe du cœur est légèrement déviée en dehors et en bas. Cette matité se continue vers l'articulation sterno-claviculaire en droite ligne et s'arrête brusquement à 2 ou 3 centimètres de ce point. Depuis la pointe elle affecte une forme circonférencielle en se dirigeant en bas et en dedans vers le mamelon qu'elle affleure; puis elle devient presque tangente à la matité hépatique et se relève enfin jusqu'à l'insertion de la troisième côte gauche sur le sternum. Elle laisse ainsi un petit triangle de sonorité à la région épigastrique et se sépare parfaitement de la matité pleurétique avec laquelle elle se confond plus haut, de la troisième gauche à l'articulation sterno-claviculaire droite. Les gros vaisseaux ne semblent pas dilatés; il n'y a ni danse des artères, ni reflux veineux. Aucun signe d'athérome. Le pouls est petit, mou et bat 72 fois à la minute.

Appareil génito-urinaire. — Il existe sur le testicule droit une petite tumeur de la grosseur d'une noisette sans qu'aucune cause occasionnelle ait paru la provoquer, elle siège sur la tête de l'épididyme, distincte du testicule.

Elle est évidemment de nature tuberculeuse et nous éclaire sur la nature de la pleurésie sèche primitive.

Urines normales.

Rien à l'appareil digestif.

Rien ne forçant la main pour l'intervention, je n'interviens que le 12 au matin :

Ponction de 900 grammes d'un liquide séro-purulent très louche. Le malade est ensuite mis au repos absolu et au régime lacté.

Dans la soirée, L... n'a pas de fièvre, il éprouve même un notable soulagement : sa respiration est plus profonde. L'examen de la poitrine est aussitôt pratiqué, on remarque des modifications considérables qui se sont effectuées. L'espace de Traube, qui était complètement mat, est sonore dans presque toute son étendue. La limite est formée par une ligne courbe partant de l'angle que fait l'appendice avec les cartilages costaux, remontant jusqu'à la sixième côte et redescend ensuite à la neuvième un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Cette courbe n'est pas régulière et elle présente à sa partie supérieure et externe une

encoche assez profonde. Au-dessus de cette zone s'en trouve une seconde moins sonore, dont les extrémités se confondent avec la précédente et dont la plus grande largeur est de 3 à 4 centimètres.

Le premier effet de la ponction a donc été de relever le diaphragme du côté gauche. Dans le reste de son étendue, la matité ne présente en avant aucune autre modification. Elle empiète toujours sur le côté droit du thorax au niveau de la poignée du sternum.

En arrière, le côté gauche est encore complètement mat, sauf le long de la colonne vertébrale où il existe un angle de sonorité, ouvert en haut et dont le sommet correspond à la sixième dorsale. Dans ce point, on perçoit le murmure vésiculaire et quelques râles sous-crépitants. Ailleurs le souffle expiratoire est plus prononcé, la pectoriloquie aphone très nette, l'égophonie marquée.

A droite, il ne s'est produit ni en avant ni en arrière aucune modification respiratoire du fait de la ponction.

La matité à l'encontre de ce qu'on pouvait espérer a cependant augmenté là où siégeait le cœur. Son point de terminaison du côté de l'articulation sterno-claviculaire droite est toujours le même et la pointe se trouve toujours sur la même ligne horizontale ; mais elle est déviée en dehors. La nouvelle matité déborde aussi l'ancienne dans la limite inférieure et il est très difficile de la différencier de celle du foie. Sur le rebord droit du sternum les deux limites se confondent. La ponction a donc eu ce résultat extraordinaire de déjeter vers la droite de trois centimètres environ le cœur qui était déjà si fortement refoulé et de l'appliquer davantage contre la paroi.

Le dédoublement du second bruit est plus net, il n'y a ni souffle, ni frottements, le pouls est mou mais régulier.

Les jours suivants L... reste dans le même état.

Le 15 au matin, nouvelle ponction de 700 grammes d'un liquide plus louche, plus purulent.

Pendant cette intervention, le malade a paru plus fatigué et le pouls a un peu faibli ; il est soumis au même régime que plus haut.

Le soir il n'a pas eu de fièvre ; mais il a entendu de nouveau le bruit de glou-glou qui avait disparu. Il a donc dû se faire dans la plèvre un

nouvel épanchement de gaz. C'est en effet ce que nous révèle l'examen.

Dans la région sous-claviculaire gauche et descendant jusqu'à la quatrième côte, il existe en effet une zone tympanique qui dépasse largement vers la droite la ligne médio-sternale et empiète de deux ou trois centimètres sur la partie interne des espaces intercostaux droits. Le pédicule du cœur ne peut plus être percuté à ce niveau. La plèvre médiastine gauche a glissé le long de la face postérieure du sternum, par suite de l'accumulation de gaz dans sa cavité et s'est interposée entre cet os et la face antérieure du cœur.

Dans toute l'étendue de cette zone tympanique s'est développé un souffle amphorique intense et on peut y provoquer facilement la succussion hippocratique.

Les choses en sont donc venues au point où elles étaient avant la ponction, lorsque l'épanchement n'était pas encore total et que peu à peu le liquide succédait au gaz dans la cavité pleurale.

Au-dessous de cette première zone de tympans où la matité réapparaît, elle occupe tout l'espace libre jusqu'au point où l'axe de Traube était complètement sonore et la bande intermédiaire de matité a disparu.

En arrière, sonorité dans la fosse sus-épineuse et dans le tiers de la fosse sous-épineuse. Là le souffle amphorique est très net.

Le lendemain les signes respiratoires sont les mêmes, mais la matité cardiaque à changé. La pointe, toujours dans le troisième espace intercostal, s'est beaucoup rapprochée du sternum, elle est à trois centimètres en dedans du point qu'elle occupait avant la ponction et la surface du cœur qui vient se projeter sur la paroi est moindre.

Les jours suivants l'état reste le même.

Neuf jours après le malade sort sans amélioration ni aggravation à la recherche d'un climat plus favorable et d'une guérison problématique.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. le professeur Picot.

Pleurésie purulente. — Déplacement du cœur et fixation.

Joseph P..., vingt ans, tonnelier, entre à l'hôpital Saint-André, salle 15, lit 4. Service de M. le professeur Picot.

Les antécédents héréditaires et personnels du malade n'offrent aucune particularité. Il vient ici parce qu'il se plaint d'étouffements qui vont en augmentant; il fait remonter à environ deux ans et demi le début de son affection, qu'il attribue à un rhume.

L'examen du malade, pratiqué par M. Picot, fait reconnaître les caractères suivants :

La région antérieure gauche du thorax présente une voussure notable; les vibrations thoraciques y ont complètement disparu. La matité existe dans toute l'étendue de ce côté. Il n'existe plus aucun vestige de l'espace de Traube.

A droite, on trouve des battements dans les 2e, 3e, 4e espaces intercostaux, mais leur maximun existe dans le 3e. Ces battements sont dus au cœur, dont il est possible de limiter le bord droit par la percussion. En prenant pour point de repère la ligne médiane, on constate que la matité précordiale s'étend à droite de la manière suivante :

Au niveau du 1er	espace	intercostal	à 5 centimètres.
du 2e	»	»	à 72 mill.
du 3e	»	»	à 95 mill.
du 4e	»	»	à 107 mill.
du 5e	»	»	à 110 mill.
du 6e	»	»	à 110 mill.

La respiration de la partie antérieure de la poitrine est à la fois costale supérieure et costale inférieure. On voit que le malade emploie toutes ses puissances musculaires pour dilater sa poitrine. Il y a 4 cen-

timètres de différence de circonférence au profit du côté gauche (mesure prise à 1 centimètre au-dessous du mamelon).

Silence respiratoire à l'inspiration, très léger souffle à l'expiration à gauche.

A droite, la respiration est à peu près normale.

Les battements du cœur sont forts, un peu arythmiques. Il semble qu'il existe un frottement léger systolique peu accusé; il ne paraît pas y avoir de bruit de galop.

En arrière, matité compacte dans toute l'étendue du poumon gauche, les vibrations thoraciques persistent dans la fosse sus-épineuse et un peu au-dessous. Silence respiratoire à l'exception de la fosse sus-épineuse où la respiration s'entend sans râles; broncho-égophonie; pectoriloquie aphone. Dans toute l'étendue du poumon droit, respiration puérile sans râles.

On fait séance tenante une ponction qui donne issue à 3,600 gr. d'un pus épais, à coloration jaune verdâtre (l'examen fait ultérieurement par M. Hobbs, chef de clinique, n'a révélé l'existence d'aucun microbe).

Après cette évacuation, le trocart resté dans la poitrine ne permet pas de sentir le poumon redescendre; de plus, les dernières aspirations montrent que le piston de la seringue est attiré dans la poitrine par le vide intra-pleural déterminé par la ponction. Il est donc probable que ce poumon est fixé à une certaine hauteur dans la cavité pleurale.

En examinant alors à nouveau le malade on constate que :

En arrière, la matité persiste un peu moins compacte dans toute l'étendue du poumon gauche. Cependant les vibrations thoraciques sont revenues, mais extrêmement faibles jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. On entend le murmure vasculaire très faible jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'omoplate. La voix ne s'est pas modifiée, elle conserve l'éclat bronchophonique avec le timbre légèrement égophonique dans toute l'étendue du poumon gauche. Il est donc évident qu'il existe dans cette poitrine un véritable matelas de fausses membranes et d'adhérences tapissant et la paroi thoracique et le poumon lui-même.

En avant, la matité compacte qui s'étendait dans toute l'étendue du poumon gauche s'est modifiée. On ne trouve plus que de la submatité avec timbre un peu skodique dans les quatre premiers espaces intercostaux gauches. De plus l'espace de Traube, qui avait disparu, s'est reformé et apparaît à peu près avec ses dimensions physiologiques, sauf une légère encoche de dépression vers la partie moyenne.

Le cœur n'a point repris sa place physiologique; on trouve encore à l'inspiration dans les 2e et 3e espaces intercostaux droits un soulèvement de ces espaces qui semblent être au même niveau qu'antérieurement. Mais une modification importante s'est produite, au lieu du retrait systolique de la paroi qu'on avait avant la ponction, c'est une projection en avant qu'on remarque à la systole.

On peut actuellement limiter complètement le cœur, tant à droite qu'à gauche et constater qu'il est revenu un peu vers sa place.

Le cœur peut maintenant être limité de la façon suivante :

En partant de la ligne médiane, la matité précordiale s'étend à droite :

Au niveau de la 1re côte	à	3 cent.
» du 1er espace intercostal	à	33 mill.
» de la 2e côte	à	36 mill.
» du deuxième espace interc.	à	47 mill.
» de la 3e côte	à	57 mill.
» du troisième espace	à	67 mill.
» de la 4e côte	à	70 mill.
» à gauche		
Au milieu du premier espace intercostal	à	5 mill.
» de la 2e côte	à	2 cent.
» du deuxième espace	à	3 cent.
» de la troisième côte	à	32 mill.
Sur la quatrième côte	à	27 mill.
Sur le quatrième espace intercostal	à	5 mill.

Le bord inférieur du cœur est figuré par une ligne courbe qui part à droite de la quatrième côte à une distance de 4 centimètres du mamelon droit, croise le quatrième espace, devient horizontale jusqu'à la

réunion du rebord des fausses côtes, puis se relève pour gagner la cinquième côte gauche et l'atteindre à 2 centimètres de la ligne médiane et à 8 centimètres en dedans du mamelon gauche.

24 mai : En avant, persistance de la matité dans toute l'étendue de la poitrine, sauf sur les premier et deuxième espaces intercostaux, où on trouve un bruit skodique. L'espace de Traube a diminué d'étendue, la flèche n'a plus qu'une élévation de 5 centimètres au lieu de 1 et demi.

Respiration très soufflante dans les trois premiers espaces intercostaux; au dessous, silence respiratoire.

En arrière, sonorité à peu près normale dans la fosse sus-épineuse jusqu'à la moitié de la hauteur de la fosse sous-épineuse. On perçoit les vibrations thoraciques jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Le murmure vésiculaire s'entend dans cette région. Broncho-égophonie dans la région mate. Aucune modification du rythme du cœur. Soulèvements systoliques dans les 2e et 3e espaces intercostaux droits. L'organe est certainement fixé dans cette situation. Aucun bruit pathologique.

10 juin : Aucune modification dans l'état du côté gauche. Espace de Traube réduit à une minime étendue sonore. Le cœur est aussi resté là où il a été fixé par des adhérences pleuro-péricardiques.

On fait une ponction qui donne issue à 1550 grammes de pus. Puis immédiatement après, au moyen d'une deuxième canule très fine, on injecte dans la cavité pleurale un litre et demi d'oxygène stérilisé. Ce litre et demi établit une égalité de pression entre la tension intra-pleurale et la pression atmosphérique augmentée d'une colonne d'eau équivalant à 5 centimètres cubes de mercure. L'injection se fait très bien, il ne paraît pas s'être produit d'emphysème sous-cutané.

Après cette injection, on trouve en arrière de la sonorité jusqu'à une hauteur de trois doigts au-dessus des fausses côtes. Cependant il est bien certain que le poumon ne s'est pas beaucoup déplissé, car on ne trouve le murmure vésiculaire que jusqu'à la moitié de la fosse sus-épineuse. Au-dessous, on ne trouve que du silence respiratoire. Malgré l'injection d'oxygène, on ne rencontre pas les signes d'un pneumothorax; il n'y a pas de souffle amphorique ni de voix amphorique, mais on constate très nettement le flot de la succussion hippocratique.

A la partie moyenne, on entend très nettement le choc de deux pièces de monnaie en avant de la paroi; mais le son qu'elles donnent n'est pas le bruit d'airain.

En avant, on observe les mêmes phénomènes qui ont été constatés lors de la première évacuation de pus. Sonorité normale dans les cinq premiers espaces intercostaux. Réapparition de l'espace de Traube. Léger retour du murmure vésiculaire. Quant au cœur, il ne paraît pas s'être déplacé.

13 juin : En avant, on entend légèrement la respiration jusqu'au niveau du quatrième espace intercostal. En arrière, la sonorité persiste dans les fosses sus et sous-épineuses jusqu'à la hauteur d'une main au-dessus de l'omoplate. Au-dessous, silence respiratoire.

24 juin : Les ondulations produites par les contractions cardiaques persistent dans les 2e, 3e et 4e espaces intercostaux droits sur le trajet d'une ligne passant en dehors du bord droit du sternum à 3 ou 4 centimètres dans le 3e espace intercostal et à 5 centimètres dans le 4e. Les battements sont perçus nettement à la main et on y perçoit les deux claquements valvulaires du cœur.

Le bord gauche du cœur est facilement limitable par la percussion, en raison de ce fait que la sonorité est revenue partiellement dans le côté gauche de la poitrine. Le rythme général du cœur est irrégulier; de temps à autre survient un faux pas de l'organe. Pas de bruit pathologique.

Dans les 3e et 4e espaces intercostaux, on entend aussi du tintement métallique dans les grandes inspirations; la voix est légèrement amphorique. Sonorité à peu près normale dans les fosses sus et sous épineuses à partir de l'angle inférieur de l'omoplate; matité compacte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'omoplate. On entend la respiration normale jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. Bronchophonie sans égophonie ni voix amphorique. De même sur la partie latérale. Pas de bruit d'airain. On fait une ponction explorative qui ramène encore du liquide purulent.

Le malade demande alors à sortir de l'hôpital.

8 juillet : Il vient se montrer le matin à la visite, l'état est toujours le même. Le cœur n'a pas bougé; état général bon.

CONCLUSIONS

De tout ce que nous venons de voir et des observations que nous avons mentionnées il résulte que :

1° On peut fréquemment, dans les épanchements pleuraux (pleurésies séreuses ou séro-fibrineuses, tuberculeuses ou non, hémorrhagiques, purulentes, pyopneumothorax) rencontrer des déplacements du cœur et quelquefois ils sont permanents.

2° Ces déplacements sont importants à connaître au point de vue des conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter pour le malade.

3° Il est nécessaire de faire rapidement le diagnostic de l'épanchement pour pouvoir prévenir ces complications et traiter la maladie par les moyens appropriés.

4° Enfin quand l'affection est installée, il faut autant que possible pallier aux conséquences malheureuses qui peuvent en résulter et cela en soutenant le cœur du malade.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr PICOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 15 juillet 1895,
Le Recteur,
A. GOUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Cassaet. — *Archives cliniques de Bordeaux*, 1895.

» Société d'anatomie et physiologie de Bordeaux, 1894.

Charcot et Bouchard. — Traité de médecine.

Comby. — Maladies de l'enfance.

Devic. — *Province médicale*, 1894.

Dictionnaire de Dechambre.

Dictionnaire de Jaccoud.

Ferron. — Société d'anatomie et de physiologie, 1894.

Grancher. — Société médicale des hôpitaux, 1882.

Kussmaul. — *Berlin. klin. Wochens.*, 1875.

Lafarelle. — *Arch. cliniques de Bordeaux*, 1894.

Landouzy. — *Arch. de médecine*, 1856.

Laveran et Teissié. — *Pathologie médicale.*

Leymarie. — Thèse de Paris, 1893-94.

Mandillon. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1894.

Peyrot. — *Archives de médecine*, 1876.

» Thèse de Paris, 1876.

Sorel. — *Union médicale*, 1883.

Trousseau. — Cliniques médicales.

Verdelet. — Soc. d'anat. et physiologie de Bordeaux, 1895.

Woillez. — Traité clin. des affections respiratoires.

19,234. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.